



Renseignements **Obligatoires SIDEP** – (PENSER A IDENTIFIER LE PRELEVEMENT)

Examen demandé (cocher les cases)

- RT PCR COVID 19 - Voyage Hors U.E (datant de moins de 15 jours) ? Pays :
- Vaccination : Oui Non 1 dose 2 doses Quel vaccin:
- Interventionnel (demande de l'ARS à fournir impérativement) : cluster ou situation épidémiologique anormale ?

Patient(e) si pas d'étiquette

Nom de naissance : _____
Prénom : _____
Nom marital : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ VILLE : _____
N° portable, à défaut un N° téléphone fixe : _____
Mail : _____
Nom Médecin traitant (obligatoire) : _____
N° de sécurité sociale : _____
Caisse de sécurité sociale : _____

Cocher les cases

Prélèvement

Nom du préleveur : _____
Date du prélèvement : _____ **Heure du prélèvement :** _____

Ecouvillonnage nasopharyngé Gorge

Rendu des résultats

- Par Internet Au correspondant :
 Au labo Par courrier

Votre lieu de résidence actuelle

- Structure d'hébergement collectif (entourez le choix) : Internat, Logement étudiants, Caserne, Résidence pour personnes âgées non médicalisées, Foyer de l'enfance – Etablissement médico*sociaux, centre d'hébergement, etc...)
- Hébergement individuel Résident en EHPAD
 Hospitalisé Milieu carcéral
 Autre

Le patient est-il un professionnel de santé ? Non Oui Ne sait pas

Apparitions des premiers symptômes (cocher une case - si concerné)

- Le jour ou la veille du prélèvement 2 à 4 jours avant le prélèvement
 5 à 7 jours avant le prélèvement 8 à 14 jours avant le prélèvement
 15 à 28 jours avant le prélèvement Plus de 4 semaines avant le prélèvement
 Absence de symptômes (asymptomatique) Ne sait pas

Renseignement cliniques obligatoires

- Fièvre (T > 38°C) Toux
 Céphalées Fatigue intense
 Perte du goût, de l'odorat Signes digestifs
 Douleurs musculaires/articulaires Voyage/Evénement
 Signes d'infection respiratoire (précisez).....
 Autres (précisez).....